UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1956 - N° 239

L'OSTÉOME-OSTÉOÏDE EXISTE-T-IL ?

Contributions à l'étude des ostéites névralgiques

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 14 décembre 1956

PAR

Charles GUBIAN

Elève de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine et de la France d'Outre-Mer.

né le 29 Janvier 1928, à L'ARGENTIÈRE (Hautes-Alpes)

Examinateurs de la Thèse : MM. L. POUYANNE, Professeur, Président. REBOUL, Professeur, LENG-LEVY, Agrégé. DUHAMEL, Agrégé. — Juges

BORDEAUX

UNION FRANÇAISE D'IMPRESSION
185, Cours de la Marne

1956

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547307_0090

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1956 - N° 239

L'OSTÉOME-OSTÉOÏDE EXISTE-T-IL ?

Contributions à l'étude des ostéites névralgiques

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 14 décembre 1956

PAR

Charles GUBIAN

Elève de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine
et de la France d'Outre-Mer.

né le 29 Janvier 1928, à L'ARGENTIÈRE (Hautes-Alpes)

Examinateurs de la Thèse : MM. L. POUYANNE, Professeur, Président.
REBOUL, Professeur,
LENG-LEVY, Agrégé.
DUHAMEL, Agrégé.
— Juges

BORDEAUX

UNION FRANÇAISE D'IMPRESSION
185, Cours de la Marne

1956

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE G. PORTMANN
DOYEN : M. SIGALAS. — **ASSESSEUR** : M. TAYEAU

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. A MANDOUL, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS, BEAUVIEUX, CREYX, MAURIAC.

PROFESSEURS

	MM.
Clinique médicale	De GRAILLY BROUSTET
Clinique chirurgicale	PAPIN MASSÉ
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	LEGER
Anatomie	DUFOUR
Anatomie générale et histologie	MAYER
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PIÉCHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et Clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	MESNARD
Matière médicale	MASQUELIER
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN
Zoologie et parasitologie	SIGALAS

	MM.
Pathologie générale et experimentale	SARIC
Clinique ophtalmologique	BESSIERE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE
Clinique médicale et des maladies infectieuses	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	MORETTI
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	F.-J. TRAISSAC
Hydrologie thérapeut. et climatologie	DUBARRY
Carcinologie	LACHAPÈLE

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL :

M. BLANQUET (Section Pharmacie)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. MAHON (Obstétrique), PAUTRIZEL (Parasitologie),
Mlle ROUGIER (Physiologie), M. MOUSTARDIER (Bactériologie)
CAZAUX (Pharmacie, 3e section)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Anatomie	RIGAUD CABANIE
Biochimie médicale	NEUZIL
Pathologie expérimentale	FAURE
Physique médicale	DUHAMEL

	MM.
Pharmacie (1re section)	R. GOLSE ROMAIN
Pharmacie (2e section)	N. QUILICHINI

CHARGÉS DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ R. STOLL (Histologie)
MARQUEVIELLE (Biologie médicale)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN LENG-LEVY LAVIGNOLLE MARTIN-DUPONT DAVID-CHAUSSE J. RIVIERE
Chirurgie générale	LAUMONIER CHAVANNAZ VILLAR TINGAUD DEPAULIS DARMAILLACQ

	MM.
Obstétrique	CHASTRUSSE FAUGERE
Ophtalmologie	CORCELLE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS M. PORTMANN
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Odonto-stomatologie	BENOIT
Urologie	LANGE
Neurologie et psychiatrie	BLANC
Pneumo-phtisiologie	FREOUR

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER
Accouchements	CHASTRUSSE FAUGERE
Puériculture	VERGER PERY
Législation pharmaceutique	COUSTOU
Cryptogamie	LAUBIE
Obstétrique sociale	MAHON
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE
Chimie biologique	NIVET
Chimie analytique	BABIN
Pathologie chirurgicale	VILLAR CHAVANNAZ TINGAUD LAPORTE DARMAILLACQ

	MM.
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Physiologie	Mlle LINQUETTE
Toxicologie et Hygiène	Mlle LARCEBAU
Phytopharmacie	CORTESI
Droit médical international	AUBY
Médecine légale	L'EPEE
Séméiologie médicale	I. RIVIERE
Séméiologie chirurgicale	DEPAULIS
Embryologie	STOLZ
Pathologie médicale	BERGOUIGNAN LENG-LEVY LAVIGNOLLE DAVID-CHAUSSE RIVIERE MARTIN-DUPONT

Le Secrétaire principal de la Faculté : GAYRAUD

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME

Son affection a été mon soutien le plus sûr.

A MES PARENTS

Qu'ils trouvent ici le témoignage de ma reconnaissance.

A TOUTE MA FAMILLE

A MES CAMARADES ET AMIS

A NOS PROFESSEURS DE L'ECOLE DE SANTE
DE LA MARINE ET DE LA FRANCE D'OUTRE-MER

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE MEDECIN GENERAL
DE DEUXIEME CLASSE LAHILLONNE

Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et de la France d'Outre-Mer

Médecin des Hôpitaux maritimes

Commandeur de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre 1939-1945

Officier du Mérite Maritime

A MONSIEUR LE MEDECIN EN CHEF
DE PREMIERE CLASSE CONSTANS

Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et de la France d'Outre-Mer

Spécialiste des Hôpitaux maritimes

Officier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre 1939-1945

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE DOCTEUR J. DUHAMEL

Maître de Conférences,
Agrégé de Physique Médicale
Ancien élève de l'Ecole Polytechnique

MONSIEUR LE DOCTEUR J. LENG-LEVY

Agrégé de Médecine générale
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre 1939-1945
Officier de l'Ordre de la Libération
King's Medal for Courage in the cause of Freedom
Chevalier des Palmes Académiques

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. REBOUL

Professeur d'Electro-Radiologie
et de Clinique d'Electricité Médicale
Officier des Palmes Académiques

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. POUYANNE

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie

Chirurgien des Hôpitaux

Officier des Palmes Académiques

Qui nous a inspiré ce travail et nous a guidé dans son exécution.

Nous voudrions qu'il trouve ici le témoignage de notre admiration et de notre gratitude.

INTRODUCTION

OSTÉITE NÉVRALGIQUE

On se trouve parfois en présence d'un syndrome clinique dont l'élément essentiel est une douleur subjective profonde siégeant le plus souvent au niveau d'un membre. D'abord modérée et sourde, elle a progressivement augmenté d'intensité et de durée amenant finalement le malade à consulter. L'interrogatoire met en relief certains éléments dont l'un est caractéristique : la douleur est maximum durant la nuit interrompant le sommeil. Souvent, le malade fait remonter ses troubles soit à un traumatisme plus ou moins ancien et plus ou moins violent, soit à un épisode infectieux qui est resté gravé dans sa mémoire parce qu'il a marqué le début de ses souffrances.

L'examen physique du membre atteint est pauvre : on peut trouver cependant un léger gonflement des parties molles suivant le siège de la douleur, rarement une saillie osseuse modérée à peine sensible au palper. Il n'existe aucun signe d'inflammation : la peau est normale, il n'y a pas d'adénopathies, le malade n'est pas fébrile. Un examen du sang nous montrerait une formule-numération normale, une vitesse de sédimentation peu ou pas accélérée.

Dans ses « Cliniques de l'Hôpital de la Charité », L. Gosselin avait décrit ce syndrome sous le nom d'ostéite névral-

gique. Il l'avait observé dans des circonstances diverses, souvent à la suite de fractures de la jambe après la consolidation ; et il s'avouait incapable d'en donner une explication anatomique ou physiologique satisfaisante. Cependant, après lui, les essais d'interprétation furent nombreux : compression, étranglement de la moelle hyperémiée, inflammation des nerfs atteints de névrite, néoformation anormale de filets nerveux ; ces différentes théories nous montrent qu'à l'époque du liniment chloroformé et du bandage ouaté, le syndrome d'ostéite névralgique devait servir de cadre clinique commun à plusieurs entités morbides d'étiologies diverses que nos moyens modernes de diagnostic allaient, plus tard, individualiser.

Il en fut ainsi pour l'ostéome-ostéoïde que L. Jaffe, de New York décrivait en 1935, et auquel il attribuait des caractères radiologiques et anatomo-pathologiques distincts.

CHAPITRE PREMIER

L'OSTÉOME-OSTÉOIDE

HISTORIQUE

Dans sa communication originale, JAFFE signalait à l'attention du monde médical une tumeur bénigne du tissu osseux qu'il proposait d'appeler « ostéome-ostéoïde ». Il présentait alors cinq observations complètes de l'affection. En 1940, dans « The journal of bone and joint Surgery », le même auteur, en collaboration avec LICHTENSTEIN, communiquait une statistique de 28 cas nouveaux ; et en 1945, dans « Radiology », il réunissait 62 cas bien établis de la maladie.

En 1941, KLEINBERG publiait une observation d'ostéome-ostéoïde, et en 1943 il en rapportait cinq autres dans « The New York State journal of medicine ».

Depuis, beaucoup d'autres cas ont été publiés aux U.S.A. dans la presse médicale.

Les bulletins sud-américains font également mention de cette nouvelle entité nosologique.

En Europe, J.S.R. GOLDING et BRAILSFORD à Londres, SAE-

GESSER à Genève, Vittorio GENTA à Turin, ont apporté leurs contributions à l'étude de la question.

En France, plusieurs communications ont été faites par MAZABRAUD, DE SÈZE, ORDONNEAU, TAVERNIER et d'autres auteurs.

L'apport de chacun de nous a montré qu'à l'heure actuelle l'interêt de l'ostéome ostéoïde réside dans les difficultés diagnostiques qu'il soulève ainsi que dans le problème de son étiologie.

INCIDENCE

L'ostéome-ostéoïde est une maladie des enfants et des adultes jeunes. Ainsi 57 malades sur les 59 de JAFFE avaient moins de 30 ans.

La lésion est plus fréquente chez l'homme dans la proportion 2/1. Siège de la lésion : on l'a rencontrée le plus souvent au niveau des membres inférieurs. Par ordre de fréquence : le tibia, le fémur, le péroné, l'humérus sont les plus touchés ; ensuite les vertèbres, l'astragale, les phalanges, le cubitus, le calcanéum, le radius, la rotule, enfin l'os iliaque.

La littérature médicale signale l'atteinte de la presque totalité des os du squelette.

CLINIQUE

Nous rappellerons brièvement les éléments caractéristiques du syndrome d'ostéite névralgique (appelé encore ostéo-névralgie).

Lorsqu'il consulte son médecin, le malade fait, en général, remonter ses troubles à quelques mois. JAFFE considère que, dans la moyenne, le malade est examiné pour la première fois après deux ans d'évolution. Mais le début est-il en fait insidieux ? Nous avons insisté plus haut sur le traumatisme ou l'infection initial.

La douleur est le symptôme capital ; elle possède deux caractères essentiels : siège fixe et prédominance souvent nocturne entraînant l'insomnie.

Du point de vue physique, rappelons la pression plus ou moins douloureuse, la légère tuméfaction surtout si l'os atteint est superficiel, l'absence de signes inflammatoires. Notons cependant qu'une lésion au niveau du membre inférieur peut déterminer une légère claudication ainsi qu'une certaine atrophie musculaire.

Il n'y a pas d'atteinte de l'état général ; la réaction de Bordet-Wassermann est négative ; le temps de sédimentation et l'examen de l'urine sont normaux.

CARACTERES RADIOLOGIQUES

L'examen radiologique permet de mettre en évidence les signes caractéristiques de cette lésion.

L'ostéome ostéoïde apparaît sous la forme d'une image arrondie ou ovalaire, selon qu'elle se développe dans le tissu spongieux ou dans la corticale. Jaffe a appelé cette zone centrale claire, le nidus. Celui-ci siège soit au sein d'une zone osseuse normale, soit (le plus souvent) au sein d'une densification plus ou moins étendue. La réaction de la corticale réalise en dehors une ligne finement granuleuse, en dedans, elle peut obstruer le canal médullaire. Dans l'os spongieux, le nidus prend l'aspect d'une clarté arrondie d'opacité inégale dont, tantôt c'est le centre, tantôt la périphérie qui est plus claire. Dans ce cas, la réaction condensante péri-nodale manque le plus souvent.

La lésion naît parfois entre le périoste et la surface externe de l'os ; le périoste est alors soulevé par une petite tumeur kystique. Notons aussi que, dans les vieilles lésions, le nidus peut devenir invisible dans la masse de la corticale condensée.

Vittorio Genta insiste sur les variations de l'aspect radiologique selon le stade de l'affection auquel on l'observe et selon

son siège. Celui-ci détermine une forme profonde diffuse à évolution endo-osseuse, et une superficielle localisée à évolution exo-osseuse. Il faut rapprocher de ceci la forme exostosante de l'ostéome ostéoïde décrite par TAVERNIER comme une tumeur parostale circulaire ou ovalaire, d'aspect cotonneux, fixée à l'os par un pédicule plus ou moins large.

Disons enfin, pour terminer, que les auteurs s'accordent pour dire que le périoste ne réagit pas ou peu, mais qu'il n'est pas impossible qu'il prolifère.

CARACTERES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

JAFFE donnait à l'examen de la pièce biopsique une importance décisive pour affirmer le diagnostic d'ostéome-ostéoïde, Macroscopiquement, la lésion se présente comme un petit nodule de tissu friable, brun rougeâtre, vascularisé, implanté dans un tissu osseux dense et sclérosé.

Microscopiquement, l'interprétation histologique est différente selon les conceptions :

1° Pour JAFFE et LICHTENSTEIN, l'aire centrale ramollie du nidus est faite d'un tissu mésenchymateux hautement vascularisé, contenant des plages de tissu ostéoïde et de tissu osseux et où l'os néoformé voisine avec des trabéculations osseuses anciennes et irrégulières. On constate, en outre, la présence de nombreux ostéoclastes et ostéoblastes.

2° BRAILSFORD a reconnu certains caractères de tissu inflammatoire. Il aurait même, dans certains cas, constaté la présence de nombreux staphylocoques.

3° SAEGESSER a vu des foyers multiples de nécrose aseptique. Il a décrit des trabécules d'os néoformé d'aspect ostéophytaire entourées de larges zones ostéoides.

Nous verrons plus loin que ces trois interprétations correspondent à autant de conceptions pathogéniques. Faut-il donc

donner à l'histologie l'importance que lui attribuait JAFFE ?... Après tout, chaque auteur n'a-t-il pas voulu voir au travers du microscope une confirmation éclatante de sa propre théorie ?

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Ce que nous avons dit plus haut au sujet de l'ostéite névralgique, seule traduction clinique de plusieurs affections de l'os, laisse supposer la difficulté de poser le diagnostic d'ostéome-ostéoïde. D'autant plus que l'examen radiologique, loin d'être décisif, se révèle parfois comme une embûche nouvelle. En effet, l'image est variable selon l'âge et le lieu ; de plus, certaines maladies présentent des caractères radiologiques voisins de ceux de l'ostéome ostéoïde.

Ainsi, il faudra envisager l'ostéomyélite chronique d'emblée, ostéomyélite éburnante. Le terrain est le même ; les jeunes sont le plus souvent atteints ; le siège de la lésion est identique ; l'évolution est tout aussi lente. A la radiographie, l'abcès de l'os se traduit par l'image d'une zone claire à contours arrondis ou polycycliques, dans un os normal ou densifié. Classiquement, il y a une réaction périostée importante.

Il faut éliminer aussi le sarcome central ostéolytique ou le sarcome ostéogénique au début. La radiographie est alors identique. Le diagnostic sera orienté par la tendance évolutive au cours de radiographies répétées. La biopsie peut lever le doute : on trouvera une masse blanchâtre et irrégulière ; l'examen microscopique mettra en évidence des éléments cellulaires nombreux et variés, à caractères monstrueux.

Il pourrait aussi s'agir d'une tuberculose osseuse dans sa forme raréfiante. La radiographie peut prêter à confusion ; cependant les contours de la zone claire sont moins régulièrement dessinés, nettement plus flous. On attachera beaucoup de valeur au virage de la cuti-réaction. Le test thérapeutique avec l'association Streptomycine-P.A.S.-Rimifon modifiera l'aspect clinique et radiologique. Enfin, la biopsie montrera une image folliculaire typique avec présence de B.K.

Dans l'ostéopériostéite syphilitique, la radiographie donne une image très voisine. Mais dans cette affection, il existe des foyers de destruction osseuse. De plus, d'autres os sont atteints également et le malade se révèle souvent porteur de signes d'imprégnation syphilitique. Nous n'insisterons pas sur la valeur d'une sérologie positive devant un syndrome ostéo-névralgique.

Enfin, d'autres erreurs sont possibles avec :

— le chondrome,

— l'abcès de Brodie,

— la tumeur à myéloplaxes,

— le granulome éosinophilique des os,

— la dysplasie fibreuse.

ETIO-PATHOGENIE

L'étiologie de cette maladie est encore soumise à d'abondantes controverses. Dans les statistiques de JAFFE moins d'un tiers des malades racontait un traumatisme antérieur. Cependant, dans lalittérature, nombreuses sont les observations où le début des troubles remonte à un accident ou à une infection.

Du point de vue pathogénique, nous avons retrouvé trois conceptions différentes :

— Pour JAFFE et la plupart des auteurs américains ,l'ostéome-ostéoïde est une tumeur osseuse bénigne. A l'appui de sa thèse, JAFFE apporte ses constatations histologiques et le fait qu'il n'a jamais trouvé de microbes au niveau de la lésion.

—A l'opposé, BRAISLFORD croit en l'origine infectieuse de la maladie. Il l'appelle « abcès sous-périosté chronique ». Ce point de vue est également défendu par B. PINES, de Brooklyn, qui rapporte 12 cas chez lesquels il y avait des signes histologiques d'inflammation chronique à l'intérieur ou autour du foyer et dans les parties molles adjacentes. Cet auteur a constaté souvent, en outre, des réactions articulaires au voisinage de lalésion, ce

qui est encore un argument en faveur de la nature inflammatoire. TAVERNIER se demande si les lésions histologiques en apparence tumorales ne sont pas un mode anatomique d'évolution terminale d'une lésion inflammatoire complètement éteinte où ne subsiste qu'une cicatrice sans aucune trace de lésions inflammatoires. Il suggère une interprétation nouvelle selon laquelle le tissu ostéoblastique identifié dans la lésion peut n'être qu'un tissu de comblement et de restauration anatomique et non un tissu tumoral.

— La conception de SAEGESSER, de Genève, est celle de l'origine micro-traumatique de l'ostéome ostéoïde. Ces micro-traumatismes sont réalisés par les tractions musculaires au niveau de l'os atteint. SAEGESSER place cette lésion dans le groupe des nécroses aspetiques d'origine micro-traumatique et de pathogénie vasculaire complexe. Il l'appelle « ostéophytose corticale traumatique ».

EVOLUTION — TRAITEMENT

L'évolution spontanée d'une telle lésion est, pour le moins, aussi controversée que son étiologie. VERA MAY, partisan de la conception tumorale, soutient que l'ostéome ostoïde a une évolution favorable. Si quelques auteurs sont d'avis qu'une dégénérescence sarcomateuse pourrait se faire nous n'en avons pas retrouvé un seul cas dans la littérature médicale.

Pour JAFFE, le geste obligatoire est l'excision complète du nidus qui guérit le malade et met à l'abri des récidives.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Dans le service de M. le Professeur POUYANNE, nous avons réuni plusieurs obsevations pour lesquelles le diagnostic d'ostéome ostéoïde n'a jamais été retenu. La majorité d'entre elles ont reçu l'étiquette d'ostéite névralgique. Certaines, même, revêtaient un certain aspect ostéomyélitique par le début infectieux de la maladie, par les résultats positifs obtenus avec les antibiotiques, ainsi que par les découvertes de l'intervetion chirurgicale.

Cependant, ces observations se rapprochent toutes plus ou moins de l'ostéome-ostéoïde de JAFFE dont elle empruntent au minimum le tableau clinique, souvent, en outre, l'aspect radiologique. A peu près tous nos malades étaient jeunes, beaucoup d'entre eux avaient vu leurs troubles apparaître à la suite d'un traumatisme. Nous ne possédons qu'une seule observation comportant un examen histologique, mais celui-ci s'est révélé peu probant bien que le diagnostic d'ostéome-ostéoïde ait été envisagé devant les signes caractéristiques présentés par le malade.

Pour être en droit de porter un tel diagnostic faut-il voir réunis tous les critères de JAFFE ? Nous le pensons, mais nous avons vu plus haut les discussions soulevées à propos de l'aspect histologique de la lésion. Nous savons également que l'accord n'est pas réalisé quant au mode d'évolution.

Nous attirons simplement l'attention sur le fait que plusieurs de nos malades ayant une histoire assez voisine de celle de l'ostéome-ostéoïde ont vu leurs troubles disparaître spontanément et définitivement, alors que d'autres n'ont guéri qu'après trépanation osseuse.

OBSERVATION N° 1

Ostéite par inoculation directe à forme névralgique. Trépanation 5 ans après le début. Guérison.

M. Jean-Roger C..., 41 ans, exerçait la profession de boucher, quand, le 14 juin 1946, en découpant un quartier de viande, son couperet lui échappe et vient frapper sa jambe droite. Il en résulte une plaie contuse qui ne l'empêche cependant pas de continuer son travail. Mais le lendemain, il ressent des douleurs très vives à ce niveau, tandis qu'apparaissent les signes d'infection. Le traitement mis en œuvre par son médecin aboutit à la guérison en deux semaines après élimination de minuscules esquilles osseuses.

Il s'écoule ensuite cinq années pendant lesquelles sa santé est excellente en particulier, il ne ressent aucune douleur au niveau de sa blessure.

Pourtant, depuis huit mois, M. C... recommence à souffrir ; le siège de cette douleur correspond à celui du traumatisme antérieur, l'irradiation se fait vers le genou. Il déclare, en outre, qu'il souffre davantage lorsqu'il est fatigué et durant la nuit. Il n'a jamais constaté une tuméfaction des téguments à ce niveau, pas plus qu'une rougeur et une chaleur anormale.

La recherche de ses antécédents personnels ou familiaux est négative.

L'examen pratiqué le 6 juillet 1951 montre une petite saillie à la partie moyenne de la diaphyse tibiale du côté droit. Cette zone est sensible à la pression, la peau est adhérente aux plans profonds. On trouve, en outre, une limitation légère et un peu douloureuse des mouvements du genou, ainsi qu'une amyotrophie marquée au niveau de la cuisse.

Radiographie : densification osseuse avec géode et image de séquestre en grelot.

Intervention chirurgicale le 16 juillet : incision sur l'exostose qui est soigneusement abrasée à l'ostéotome. On ne trouve pas de séquestre. A son intérieur, l'os est dense et éburné.

Les suites opératoires sont excellentes, les douleurs ont disparu.

Suites lointaines : se prêtant de bonne grâce à notre enquête, M. C... nous écrit à la date du 15 novembre 1956 que, depuis l'intervention, il n'a jamais présenté de récidives.

Retenons le début 5 ans après l'inoculation, l'allure de la maladie est assez caractéristique de l'ostéome-ostéoïde. La radiographie est assez troublante, faisant penser à l'existence d'un séquestre en grelot, lequel n'est pas retrouvé à l'intervention.

OBSERVATION N° 2

Ostéite névralgique post-traumatique du tibia à localisation métaphysaire. Image radiologique de l'ostéome-ostéoïde. Guéson spontanée.

Michel C..., âgé de 17 ans et demi.

En 1941, en faisant du sport, il aurait eu un « décollement du périoste » au niveau du genou droit. A cette époque, il ressentait une douleur à la face externe du tibia. A ce niveau, on palpait une petite tuméfaction osseuse. Au point de vue fonctionnel, l'extension de la jambe était limitée On lui a fait de la kinésithérapie mais sans résultat sur les phénomènes douloureux. Il souffrait surtout la nuit. Antécédents personnels : on ne réussit à retrouver qu'un épisode de phosphaturie dans l'enfance.

Antécédents héréditaires et collatéreux : son père est décédé par suite d'une septicémie, sa mère est en bonne santé. L'examen pratiqué le 10 janvier 1944 montre une tuméfaction sous le tendon rotulien et en dehors surtout, où elle est dure et sensible à la pression. L'extension complète du genou est impossible et douloureuse, la flexion est normale. On note un peu de chaleur locale, il n'y a pas d'épanchement dans l'articulation.

La radiographie montre une zone un peu densifiée dans la métaphyse tibiale. Sur le profil, géode ?

Le malade revient consulter le 4 mars 1948. Son état ne s'est pas amélioré ; en particulier, l'extension de la jambe reste incomplète. Il a eu, deux semaines auparavant, une gêne douloureuse des mouvements pendant quelques jours.

L'examen est pratiquement négatif.

A cette époque, Michel C... a vu ses douleurs décroître et finir par disparaître et ce, sans aucune intervention chirurgicale.

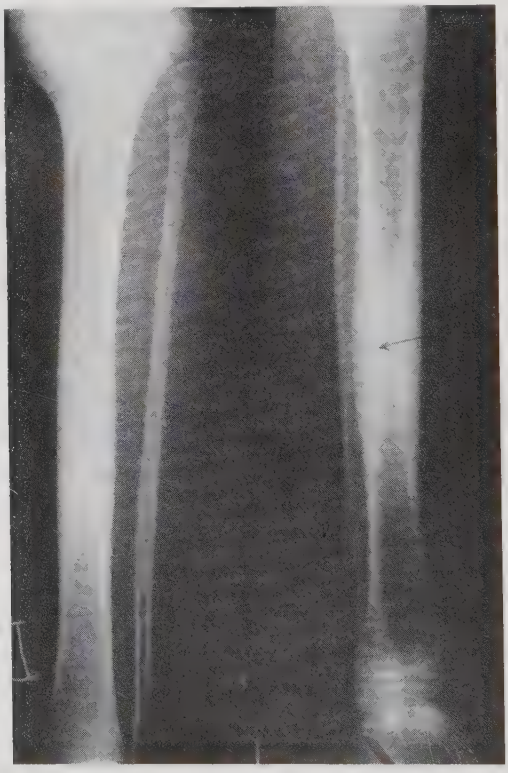
Les suites lointaines sont très satisfaisantes. Le malade, jouant actuellement au rugby, sans n'avoir plus ressenti aucune gêne.

OBSERVATION N° 3

Ostéite névralgique post-traumatique du tibia. Image radiologique d'ostéome-ostéoïde. Guérison spontanée.

Michel T..., 10 ans.

L'enfant est amené par sa mère qui s'inquiète de voir chez son fils un membre inférieur droit plus frêle que l'autre. L'interrogatoire apprend, qu'il y a un an, l'enfant a reçu un coup sur le tibia droit porté par un



bureau d'écolier qui s'est renversé. Ce traumatisme n'a justifié ni traitement, ni interruption scolaire ; cependant huit mois après on constate l'apparition d'une tuméfaction au niveau du tibia avec des douleurs spontanées, mais sans température. Depuis deux mois, les douleurs ont disparu, mais l'enfant s'est mis à boiter.

On ne trouve aucun autre antécédent pathologique antérieur.

L'examen pratiqué le 9 mai 1951 montre une tuméfaction du tibia droit au 1/3 moyen, indolore. A ce niveau, on note une légère chaleur des téguments. Il n'y a pas d'adénopathies et les articulations sont normales.

La radiographie ci-contre montre une densification à la face postérieure du tibia avec, au centre, une petite géode nettement visible sur le cliché.

L'évolution s'est faite spontanément vers la guérison par diminution progressive de la douleur. Actuellement, l'aspect de la jambe est tout à fait normal, l'enfant ne boite plus.

OBSERVATION N° 4

Ostéite névralgique après ostéomyélite. Guérison par forages.

Mme P..., âgée de 23 ans.

En 1942, elle a eu une ostéomyélite aiguë de l'humérus droit. Elle a subi une trépanation osseuse à la suite de laquelle elle a été considérée comme guérie.

Un an après, on assiste à un réveil des douleurs, mais il n'y a pas d'abcès. On lui fait un curetage. La cicatrisation est rapide, mais il persiste un séquestre de la grosseur du petit doigt qui sort en 1944. Jusqu'en janvier 1948 elle se porte très bien. A partir de cette époque, elle commence à ressentir des douleurs intermittentes, surtout vespérales, au niveau de son humérus.

Dans ses antécédents on retient : une appendicite opérée ; une cutiréaction très positive depuis deux ans ; un épisode de cystite avec colibacillose ; enfin une sciatique droite dont elle a souffert durant deux années.

Le 3 mars 1948, l'examen montre une cicatrice antéro-interne au niveau de l'humérus droit avec un os un peu irrégulier et sensible à sa partie supérieure.

La radiographie révèle une image kystique de l'humérus.

Quelques jours plus tard, on intervient chirurgicalement au niveau du point douloureux par forages divergents. L'os est dur, éburné.

Les suites opératoires sont bonnes, la malade paraît soulagée. Trois mois après, elle fait quelques poussées inflammatoires ; elle souffre encore modérément et on lui conseille des séances de radiothérapie, éventuellement un traitement par l'anatoxine. Actuellement (octobre 1956), la malade se déclare guérie malgré la persistance de légères douleurs à type plutôt rhumatismales au niveau de l'articulation de l'épaule.

OBSERVATION N° 5

Ostéite névralgique du tibia. Guérison par forages.

Mme B..., 47 ans.

Depuis des années, elle a une « sensation de froid » dans la jambe gauche. Depuis six mois elle a des douleurs à prédominance nocturne l'obligeant chaque nuit à se lever, à frictionner sa jambe, à faire quelques pas. Ces douleurs, d'abord localisées à la face antérieure de la jambe gauche, irradient maintenant à la face postérieure et au pied.

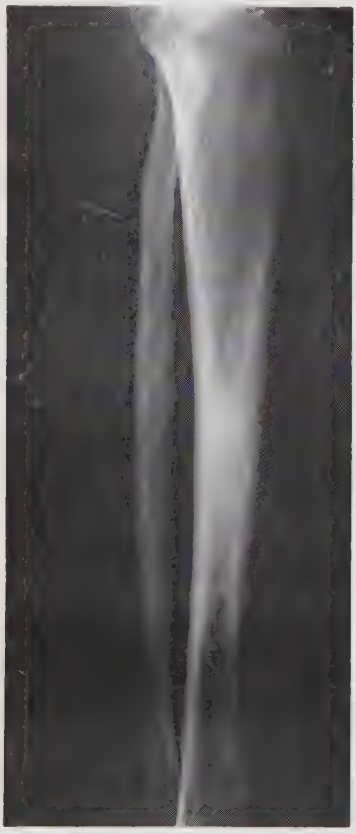
Les antécédents font ressortir une phlébite de la jambe droite il y a trois ans. La malade s'est reposée dans son lit durant trois mois. Elle a eu une réaction articulaire au niveau du genou, mais qui a guéri sans séquelles. On retrouve également en l'interrogeant un panaris auriculaire gauche 17 ans auparavant, ainsi qu'une annexite tout de suite après son mariage. Elle est ménauposée depuis 4 mois, elle n'a jamais été enceinte. Son mari est bien portant, une de ses sœurs est décédée d'urémie à l'âge de 45 ans, sa deuxième sœur est en bonne santé.

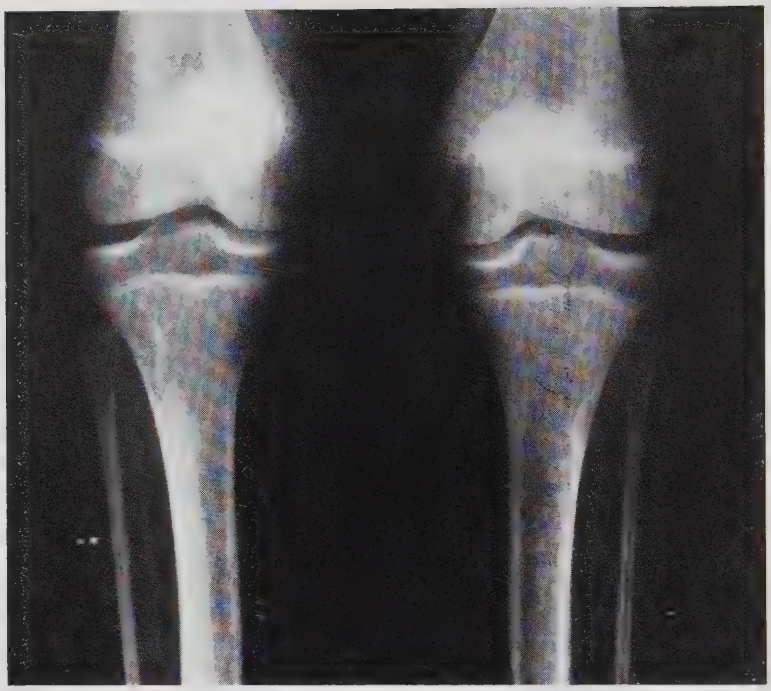
A l'examen, on trouve une légère tuméfaction au niveau de la diaphyse tibiale droite, avec un œdème discret, mais sans chaleur locale ni adénopathie. La mensuration fait ressortir une atrophie nette de la jambe de l'ordre de 2 cms.

La radiographie ci-contre révèle une hypercondensation osseuse bien localisée à la partie diaphysaire moyenne du tibia avec léger renflement de l'os et petit processus périosté de la face externe du tibia.

Devant une telle image, on pense à un processus syphilitique. On fait faire un B.-W. et un Meinike : les deux épreuves sont négatives.

Elle est opérée quelques jours après : l'intervention consiste en forages multiples par quatre petites incisions. L'os est très dur et éburné. Pendant quelques jours, la malade ressent encore de vives douleurs, mais qui diminuent bientôt pour cesser complètement. Actuellement, Mme B... a repris son activité normale et n'a plus aucun trouble.





OBSERVATION N° 6

Ostéite névralgique du tibia à forme corticale. Guérison par cure antibiotique.

Odile D..., 13 ans.

En mars 1951, on l'a présentée au médecin de la famille pour une douleur du genou gauche apparue brutalement. Celui-ci pense à une « douleur de croissance », mais les phénomènes persistent et même s'aggravent. L'enfant souffre d'une manière continue, mais surtout chaque nuit. Elle ne présente pas de claudication.

Son passé pathologique se résume à quelques bronchites saisonnières. Cependant, deux ans auparavant, elle a eu plusieurs furoncles au niveau du membre inférieur droit.

Ses parents et sa sœur sont en bonne santé.

L'examen pratiqué le 4 octobre 1951, découvre une sensibilité assez diffuse au niveau de l'extrémité supérieure du tibia gauche. C'est là le seul signe positif. L'articulation du genou est tout à fait normale.

La radiographie ci-dessus montre une petite géode de l'extrémité

supérieure du tibia au niveau de sa face externe avec, autour, une condensation discrète.

Cette petite malade a été traitée par la pénicilline qui a obtenue une résolution progressive des douleurs.

Quatre ans après, nouvel épisode douloureux qui évolue très vite vers la guérison sans traitement.

En décembre 1955, on note une brève poussée qui est très vite stabilisée. Depuis un an la guérison est stable.

OBSERVATION N° 7

Ostéite névralgique du tibia à localisation épiphysaire et à début insidieux.

Mme N... Edith, 24 ans, sans antécédents traumatiques ou infectieux.

Depuis 10 ans, elle souffre par intermittence au niveau de la partie supérieure de la jambe droite. Ces douleurs sont surtout nocturnes, la malade nous disant que chaque nuit son sommeil est interrompu vers minuit. Elle accuse en outre une sensation de chaleur dans la jambe. En janvier 1956, elle est allée consulter son médecin qui lui a prescrit 50 injections de Streptomycine ainsi qu'un traitement par le calcium. L'antibiotique n'a amené aucune amélioration. Elle n'a jamais été traitée auparavant. L'examen (30 novembre 1956) montre une sensibilité diffuse à la pression au niveau de l'extrémité supérieure du tibia droit.

La radiographie révèle une densification de la trame osseuse avec géode centrale à la partie postéro-externe de l'extrémité supérieure du tibia. Le traitement par forage osseux qui lui a été conseillé n'a pas encore été mis en œuvre.

La radiographie était typiquement celle de l'ostéome-ostéoïde, ainsi que l'histoire clinique. Le début de la maladie est assez troublant par son caractère insidieux ; il aurait été intéressant d'avoir un examen histologique ainsi que le recul nécessaire pour juger le résultat de la trépanation osseuse.

OBSERVATION N° 8

Ostéite névralgique de la région sacro-illiaque. Guérison par forages.

M. Jacques M..., 22 ans, ingénieur.

Vers 1938, après un panaris grave ayant duré trois mois, ressent une vague douleur dans la jambe droite. Le repos calme la douleur en fin de journée.

Le traitement par le salicylate et l'élixir Deret, institué à cette époque, n'a aucun effet. Au début de 1940, devant la persistance des phénomènes douloureux, le malade est soigné par la radiothérapie. Il en retire une amélioration importante durant quatre mois. A la fin de l'année 1940, à l'occasion d'un séjour dans un camp de jeunesse, les douleurs réapparaissent et persistent durant tout l'hiver.

En mars 1941, nouvelles séries de rayons X qui apportent un soulagement passager.

Depuis le début du mois de décembre de la même année, il y a une recrudescence des crises douloureuses très localisées au niveau de la fesse droite. Ces crises se déclenchent régulièrement vers 4 heures du matin. Pendant la journée, il persiste un fond de douleur sourde.

L'interrogatoire nous apprend, en outre, que le malade a une pyurie dont le début remonte à quelques mois. Il y a trois semaines, il a eu une blennoragie rapidement guérie par les sulfamides. Nous retenons aussi un léger amaigrissement. Il n'y a pas d'élévation de la température.

Antécédents héréditaires : grand-père maternel mort à la suite d'un mal de Pott.

L'examen du 10 décembre 1941 fait ressortir un point douloureux sacro-iliaque inférieur à droite. Il n'y a aucun signe de souffrance de l'articulation sacro-iliaque. Le toucher rectal est négatif.

Radiographie : densification nette et localisée au niveau du siège de la douleur.

Traitement : le 20 décembre 1941, six forages sont effectués dans la zone douloureuse, par une incision de 2 cm. de long. Suites opératoires simples.

M. M... est revu deux fois jusqu'en mars 1942 : son état de santé est excellent. Il n'a jamais plus souffert. En avril 1950, il tombe sur le bord d'un trottoir et pendant quinze jours ressent de vives douleurs coccygiennes. L'examen est alors négatif sauf une légère sensibilité sacrée ; peu de temps après, tout rentre dans l'ordre.

Ce malade a été revu depuis par M. le Professeur Pouyanne qui a pu constater la solidité du résultat obtenu par la trépanation osseuse.

Cette observation nous semble intéressante par les phénomènes inflammatoires qui se placent avant et pendant la période des troubles. Nous retenons également les résultats indiscutables mais non définitifs de la radiothérapie sur une lésion qui n'a pu guérir que par l'intervention chirurgicale.

OBSERVATION N° 9

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Charles Lassère *que nous tenons à remercier ici pour ses précieux conseils).*

Mme M..., 70 ans, sans passé pathologique susceptible d'être retenu, se plaint de la partie moyenne de la jambe gauche depuis quelques mois. Les douleurs ont pris depuis le début de juillet 1956 un caractère assez inquiétant, privant la malade de sommeil et l'obligeant à renoncer à son activité habituelle. Une radiographie pratiquée le 13 août 1956 a révélé : « Présence d'une image géodique finement bordée située en arrière de la corticale antérieure du tibia sur laquelle elle empiète ; ébauche d'une image semblable à 4 cms au-dessous de la précédente ». Nous avons noté sur l'observation à ce moment : image d'ostéome-ostéoïde. Le 10 septembre, à l'occasion d'un choc possible, mais non certain, survient une crise violente se traduisant par une sensation de brûlure intense, d'abcès en formation. Une nouvelle radiographie est pratiquée le même jour. « Il semble exister un élargissement de l'image géodique précédemment signalée. De plus, à la lumière forte, on note l'apparition d'un petit décollement périosté en avant de l'image lacunaire ».

Les examens de sang pratiqués le 22 août 1956 avaient donné les résultats suivants :

Vitesse de sédimentation : 25 - 53.
Hémoglobine : 90 %.
Globules rouges : 4.480.000.
Globules blancs : 7.600.
Polynucléaires : neutrophiles : 57 %.
Basophiles : 0 %.
éosinophiles : 1 %.
Lymphocytes : 40 %
Monocytes : 2 %.

Cette radiographie a été retouchée par le graveur.

Intervention chirurgicale le 15 septembre 1956 : La face antérieure du tibia gauche est abordée par une incision courbe à convexité interne. Le périoste est incisé et décollé sur une assez longue étendue. Ce décollement laisse à nu un os très vasculaire, irrégulier, râpé, au niveau duquel est découpé à la scie un volet de 6 cms de longueur et de 1 cm. de largeur. Ce volet permet un accès facile sur la géode osseuse qui empiète sur la corticale externe sur une profondeur de 2 à 3 mm. Cette géode contient un tissu vasculaire d'apparence fongueuse qui est prélevé pour examen. La géode est évidée à la fraise dans un tissu osseux extrêmement dense et la tranchée osseuse de la trépanation est régularisée. Fermeture sans drainage. Les suites ont été simples et la cicatrisation rapide, mais cette malade n'a pas été immédiatement soulagée. Elle ressentait encore tout récemment quelques douleurs intermittentes ne gênant en rien son activité, très supportables, mais reproduisant sous une forme atténuée les douleurs antérieures. Celles-ci s'espacent de plus en plus.

Examen anatomo-pathologique le 20-9-1956. Diverses préparations ont été effectuées à partir des plus petits fragments, après traitement décalcifiant très bref. Elles nous montrent des plages de tissu fibro-conjonctif accompagnées de nappes hématiques et de groupements de cellules appartenant aux lignées myéloïdes parmi lesquelles prédominent les leucocytes polynucléaires. Cet aspect correspond assez bien à celui d'un tissu médullaire osseux avec fibrose. Pas de processus tumoral.

Examen complémentaire le 23-11-1956. L'examen de cette pièce a nécessité un très long traitement décalcifiant. Les préparations effectuées à partir du plus gros fragment, nous montrent une formation constituée de lamelles osseuses généralement bien constituées, prenant des formes variées, incurvées ou en Y et régulièrement bordées d'ostéoblastes ; ces lamelles s'orientant dans leur architecture d'ensemble les unes par rapport aux autres pour réaliser une disposition concentrique. Entre elles existe une moelle qui, bien qu'ayant une tendance fibreuse, présente une activité cytopoiétique considérable.

Ces aspects nous paraissent pouvoir fort bien correspondre au tableau anatomique de l'ostéome ostéoïde.

Et le Docteur LASSÈRE conclut ainsi :

« M^me^ M... présentait cliniquement et radiologiquement un ostéome-ostéoïde. Seul l'examen anatomo-pathologique n'est pas concluant et il semble bien que ce cas soit apparenté aux ostéites à évolution sclérosante qui se rapprochent, par bien des côtés, de la tumeur bénigne pressentie, en 1930, par BERGSTRAND HILDING et individualisée par JAFFE, en 1935.

» Cette individualisation est, nous semble-t-il, prouvée par l'analogie non douteuse de toutes les micro-photographies des cas publiés où nous avons retrouvé des données histologiques actuellement admises. »

CONCLUSIONS

1° L'ostéome-ostéoïde, décrit par JAFFE, possède des caractères cliniques radiologiques et anatomo-pathologiques qui en font une entité morbide.

2° Si le syndrome ostéo-névralgique de GOSSELIN est fréquemment rencontré, il est infiniment plus rare de réunir tous les critères permettant de porter le diagnostic d'ostéome-ostéoïde. Il faut, à ne pas en douter, analyser de très près l'allure clinique, l'apparence radiologique, l'aspect anatomo-pathologique et les symptômes évolutifs.

3° Si les statistiques américaines apportent des observations assez nombreuses d'ostéome-ostéïdes, les cas publiés, en France, sont extrêmement rares. Par contre, il existe d'autres maladies donnant le même tableau clinique et la même image radiologique. Elles ne semblent pas, en tout cos, présenter l'évolution d'une tumeur, de sorte que le nom au moins en paraît mal choisi.

On peut donc se demander si l'ostéome-ostéoïde est bien une maladie authentiquement définie.

4° Nous rapportons 9 observations que nous avons jugées comme étant les plus démonstratives de ce fait.

Nous attirons l'attention sur le caractère évolutif des lésions chez nos malades :

— Trois d'entre eux ont guéri spontanément sans intervention chirurgicale.

— Quatre ont été traités par trépanation osseuse avec de bons résultats.

— Nous ne possédons aucun renseignement récent au sujet des deux autres.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : Le Doyen : R. SIGALAS.

Vu : Le Président du Jury
L. POUYANNE.

Vu et permis d'imprimer,
Bordeaux, le 5 décembre 1956.

Le Recteur :
E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

BERGSTRAND H. — Veber eine eigenartige, wahrscheinlisch bischer nicht bescheriebene osteonblastiche krankheit in den langen knochen der hand und des Fusses. *Acta Radiologica*, 1930, *2*, 597-613.

BRAILSFORD J.F. — Chronic subperiostal abscess. *Brit. J. Radiol.* 1942, *15*, 313-317.

— Radiology of bones and Joints. Edit. Williams and Wilkins, Baltimore, 1944, 373.

BOSCH J. — Differentialdiagnose des osteoid osteoms. *Zschr. Orthop.*, 1954, *85*, n° 2, 185-212.

BROWN R.C. et GHORMLEY R.K. — Solitary (eccentric) cortical abcess in bone. *Surgery*, 1943, *14*, 541.

BRUNAT W.J. et BERAUD C. — Deux cas d'ostéome-ostéoïde. *J. Radiol. Electrol.*, 1950, *31*, n° 9-10, 601-602.

CONNAN A. — Contribution à l'étude des problèmes posés par l'ostéome-ostéoïde. A propos d'une nouvelle observation inédite. *Thèse* de Paris, 1952, n° 646.

COPELLO O. — Osteoma ostéoïde. *Prensa med. argent.*, 1954, *41*, n° 51, 3685-3692.

GENTA V. et FACCINI M. — L'osteoma ostéoïde. *Archivio di chir. osto-pedica e di med.* 1951, *16*, n° 2, 83-116.

GOES *H.* (De). — Osteoma osteoide. *Rev. brasil. de cir.* 1948, *17*, 89-96.

GOLDING J.S.R. — Natural history of osteoid osteoma. *J. Bone Joint Surg.*, mai 1954, *36 B*, n° 2, 218-229.

GSCHNITZER F. et GENNARO P.F. (De). — Das osteoid-osteom ; Klinik ; Pathomorphologie und gedanken zur etiologie. *Zschr. Orthop.* 1955, *86*, n° 1, 1-14.

JAFFE H.L. — Osteoid osteoma : A benign osteoblastic tumor composed of osteoid and atypical bone. *Arch. Surg.* 1935, *31*, 709.

— Osteoid osteoma of bone. *Radiology*, 1945, *43*, 319.

JAFFE H.L. et LICHTENSTEIN L. — Osteoid osteoma : Further experience with this benign tumor of bone. *J. Bone and Joint Surg.* 1940, *22*, 645.

KLEINBERG S. — Osteoid osteoma, *New York State J. Med.*, 1943, *43*, 432.

LESSARD R. — L'ostéome ostéoïde. *Laval Méd.*, déc. 1947, *12*, 1140-1149.

LIEVRE J.A. — A propos de l'ostéome ostéoïde. *Rev. Rhumat.*, mars 1955, *22*, n° 3, 241-242.

LOFGREN L. — Osteoid osteoma. *Acta chir. scandinav.*, 1952, *104*, 383-404.

MACKENZE W. — Painful, non suppurative localized sclerosis of the long bones. *J. Bone and Joint Surg.*, 1947, *29*, 49.

MAYER L. — Surgery of osteoid osteoma. *Bull. of the Hospital for Joint Dis.*, 1951, *12*, 174.

MOBERG E. — Natural ccurse of osteoid osteoma. *J. Bone and Joint Surg.* 1951, *33 A*, 166-170.

PINES, GRAYZEL D.M. et LAVINE L. — Osteoid osteoma. Etiology and pathogeny. *J. intern. Coll. Surg.*, 1950, *13*, n° 3, 249-277.

PONSETTI J. and BARTA C.K. — Osteoid osteoma. *J. Bone and Joint Surg.* 1949, *29*, 767-776.

RAVELLI A., GSCHNITZER et BERGER H. — Zum Bilde des Kompaktatypus des scg. Osteoid-osteom Jaffe bzw. des Corticalisosteoid Moberg, *Bruns. Beitr. Klin. Chir.*, 1956, 192, n° 1, 69-76.

SAEGESSER F. — Ostéophytose corticale traumatique (transformations osseuses corticales apparaissant sur certaines disphyses soumises à des micro-traumatismes). *Schweiz. med. Wchnschr.*, 1947, 77, 1302-1304.

SATANOWSKY S. — Osteomyelitis localizada, no supurada, de evolucion cronica (osteoma osteoide). *Rev. Assoc. Med. Argent.* 1946, *60*, 975-991.

SCHMIDT S. — Ostéome ostéoïde. *Rev. Orthop.*, 1949, *35*, n° 6, 427-434.

SCHULTZE E. — Das corticalisosteoid. *Med. Klin.* 1950, *22*, 701-703.

SEZE S. (de), DEBEYRE J., ORDONNEAU P., DJIAN A. et MAZABRAUD A. — L'ostéome-ostéoïde. A propos de six observations personnelles. *Rev. Rhumat.*, mars 1955, *22*, n° 3, 191-205.

— L'ostéome ostéoïde. *Sem. des Hôp. de Paris*, 1955, *31*, n° 3014, 1706. S.P. 157 - 1711. S.P. 163.

SHERMANN M.S. — Osteoid osteoma associated with changes in adjacent joint. *J. Bone and Joint Surg.*, 1947, *29*, 483-490.

— Osteoid osteoma. Rewiew of the litterature and report of thirty cases. *J. Bone and Joint Surg.*, 1947, *29*, 918-930.

TAVERNIER L. — Ostéome ostéoïde. *Lyon Chir.*, 1950, *45*, 840.

TAVERNIER et AL. — Forme spéciale d'ostéome ostéoïde à point de départ cortical et à évolution para-osseuse ; l'ostéome ostéoïde à forme exostosante. *Mém. Acad. Chir.*, 1949, *75*, 267-276.

VAUGHAN-JACKSON O.J. — Osteoid osteoma unusual symptoms. *J. Bone and Joint Surg.*, 1950, *32 B*, 368.

WALLACE G.I. — Some chirurgical aspects of osteoid osteoma. *J. Bone and Joint Surg.*, 1947, *29*, 777-780.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Introduction. — Ostéite névralgique 11

CHAPITRE PREMIER

L'ostéome-ostéoïde 13

CHAPITRE II

Observations 21

Conclusions 35

Bibliographie 37